



NOTA INFORMATIVA CONJUNTA CEVS/DAPPS Nº 05/2022

Orientações de vigilância, diagnóstico laboratorial e condutas frente a casossuspeitos e confirmados de Monkeypox em gestantes e puérperas no estado do Rio Grande do Sul

Porto Alegre, 16 de setembro de 2022

Considerando a declaração de Emergência em Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII) pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 23 de julho de 2022, o Centro Estadual de Vigilância em Saúde (CEVS), em conjunto com o Departamento de Atenção Primária e Políticas de Saúde (DAPPS), publica a presente Nota Informativa.

Esta Nota é destinada a todos os serviços de saúde que atendam gestantes e puérperas com suspeita de infecção por Monkeypox.

1. Sobre a doença

A Monkeypox (MPX) é uma doença causada pelo Monkeypox vírus (MPXV), do gênero Orthopoxvirus e família Poxviridae. Trata-se de uma doença zoonótica viral, cuja transmissão para humanos pode ocorrer por meio do contato com animal ou humano infectado ou com material corporal humano contendo o vírus.

Apesar do nome popular da doença, os primatas não humanos (macacos) não são reservatórios do vírus. Embora o reservatório seja desconhecido, os principais candidatos são pequenos roedores (p. ex., esquilos) nas florestas tropicais da África, principalmente na África Ocidental e Central. O MPXV é comumente encontrado nessas regiões e pessoas com o vírus eram ocasionalmente identificadas fora delas, normalmente relacionadas a viagens para áreas onde o MPXV é endêmico.

Em maio de 2022, foram identificados, pela primeira vez, surtos na Europa e em outros países não- endêmicos, sem associação com viagens ou contato com animais. No Brasil, o primeiro caso foi confirmado em 09 de junho de 2022. Neste momento, o país já registra a situação de transmissão comunitária da MPX, ou seja, identificação de casos onde não há histórico de viagem ou contato com viajantes.

Os dados sobre a infecção por MPX durante a gestação ainda são muito limitados. Isto se deve, principalmente, aos desafios socioeconômicos e conflitos civis em muitos dos países onde a doença é endêmica, repercutindo em poucos relatos referentes à gestação na literatura médica. Entretanto, tem sido verificado que a infecção pelo MPXV pode levar a resultados adversos, como óbito fetal e abortamento espontâneo.



2. Transmissibilidade

A transmissão entre humanos ocorre por meio de contato pessoal com **secreções respiratórias, lesões de pele de pessoas infectadas** ou **objetos recentemente contaminados**, sendo que o contato direto com a pele ou com objetos contaminados tem papel fundamental. A maior parte dos casos confirmados, até o presente momento, tem relação com o contato íntimo, como contato entre parceiros sexuais ou contatos intradomiciliares. A transmissão via **gotículas respiratórias** usualmente requer contato mais próximo entre o paciente infectado e outras pessoas. Quanto ao início do período de transmissão, não há consenso, mas sabe-se que a doença já é transmissível durante o período prodromico. O encerramento do período de transmissão ocorre na cicatrização completa de todas as lesões de pele ou mucosas.

A OMS reconhece a transmissão materno-fetal, a partir da passagem placentária, originando a doença congênita e/ou através de contágio no contato íntimo, durante e após o parto. A associação entre a gravidade da doença materna e esses desfechos não é clara. Além disso, ainda persistem preocupações específicas ao período gravídico, como a vitalidade fetal e o desfecho materno-fetal propriamente dito. As gestantes apresentam quadro clínico com características semelhantes às não gestantes, mas podem apresentar gravidade maior, sendo consideradas grupo de risco para evolução desfavorável.

3. Período de incubação e sintomas

O período de incubação é de 6 a 16 dias, podendo se estender até 21 dias, com possibilidade de apresentação dos seguintes **sintomas**: febre, dor de cabeça, dores musculares, dores nas costas, adenomegalia, calafrios, exaustão, *rash* cutâneo. **Nem sempre haverá período prodromico com manifestações sistêmicas.**

As lesões de pele podem apresentar-se nas seguintes fases: máculas, pápulas, vesículas, pústulas e crostas. Essas lesões progridem não necessariamente de forma simultânea. As lesões pustulares são tipicamente umbilicadas com reentrância (depressão) central, muito típicas de poxviroses.

Foram registrados casos em que não estavam presentes as manifestações cutâneas típicas. Na suspeição de caso, deve-se considerar pacientes apresentando lesão única ou lesões pouco numerosas em região oral, perianal ou genital, proctites (acometimento anorretal, manifestado por dor ou sangramento) ou tonsilites (acometimento da garganta), bem como edema peniano ou uretrite, em homens, ou vaginite, em mulheres.

4. Rastreamento e monitoramento de gestantes expostas ao MPXV

Em caso de suspeita de exposição ao MPXV, todas as gestantes devem ser testadas, mesmo que assintomáticas. O monitoramento de gestantes expostas ao MPXV deve levar em conta o relato



CENTRO ESTADUAL DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO PRIMÁRIA E POLÍTICAS DE SAÚDE

espontâneo da gestante em qualquer contato com o sistema de saúde ou a identificação de gestantes durante o rastreamento de contatos de um caso suspeito ou confirmado.

Gestantes com exposição ao MPXV, sem quadro clínico, devem ser testadas com coleta de PCR em tempo real (qPCR) para MPXV por meio do **swab orofaríngeo**. As recomendações para a coleta estão dispostas na Nota Informativa Conjunta CEVS/DAPPS nº2/2022. Considerando o período máximo de incubação, deve-se avaliar se a exposição ocorreu nos últimos 21 dias.

Para fins da identificação de gestantes expostas, caracterizam-se como contato de caso, as pessoas que tiveram uma ou mais das interações descritas abaixo:

- Contato físico direto, inclusive contato sexual, com um caso suspeito ou confirmado de MPX, nos 21 dias anteriores. Em caso de contato sexual, incluir contato com parcerias desconhecidas como contato com caso suspeito;
- Exposição próxima e prolongada, sem proteção respiratória, ou história de contato íntimo, incluindo sexual, com caso suspeito ou confirmado de MPX nos 21 dias anteriores, incluindo contato direto em viagens prolongadas ou exposição ocupacional (trabalhar em mesmo ambiente, com pouca distância, com contato físico direto ou compartilhando objetos);
- Contato com materiais contaminados, principalmente roupas de cama, roupas, toalhas, utensílios de alimentação e higiene pessoal, pertencentes a um caso suspeito ou confirmado de MPX nos 21 dias anteriores;
- Trabalhadores de saúde sem uso adequado de equipamentos de proteção individual (EPI) com história de contato com caso provável ou confirmado de MPX nos 21 dias anteriores ao início dos sinais e sintomas, incluindo contato desprotegido prolongado (>3 horas e a menos de 2 metros de distância), profissionais que sofreram acidentes com material perfurocortante, com fluidos corporais ou aerossóis.

Quando ocorre a suspeição de um caso de MPX, os contatos devem ser mapeados e monitorados quanto à presença de sintomas. O momento ideal para identificação dos contatos é no momento da própria identificação do caso suspeito. O monitoramento será feito conforme a organização da rede de saúde no local onde houve a notificação. É imprescindível que a Vigilância Epidemiológica local estabeleça e divulgue os fluxos de monitoramento dos contatos para todos os serviços de saúde da rede pública e privada.

Os contatos assintomáticos da população em geral não necessitam de isolamento e aqueles que desenvolverem sintomas deverão ser avaliados e seguir a rotina para suspeitos, mesmo antes da confirmação laboratorial.

4.1 Em gestante assintomática pós-exposição:

- MPV negativo – suspensão do monitoramento.
- MPV positivo – isolamento domiciliar pelo período de 21 dias, sem visitas. Orientar automonitoramento, com autoverificação de temperatura e autovigilância de sintomas, como dor no corpo, dor anorretal ou lesões cutâneas. Além do automonitoramento, a equipe de



CENTRO ESTADUAL DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO PRIMÁRIA E POLÍTICAS DE SAÚDE

saúde deve acompanhar a paciente durante todo o tempo de isolamento. Esse monitoramento pode ser realizado por teleatendimento ou visitas domiciliares, pela equipe de saúde, conforme a capacidade da rede de saúde local com a maior frequência possível, inclusive diariamente, incluindo verificação de temperatura, de frequência cardíaca e de pressão arterial.

4.2 Em gestante com sinais ou sintomas suspeitos de MPV:

- MPV negativo – Isolamento domiciliar pelo período de 21 dias, sem visitas. Orientar automonitoramento, com autoverificação de temperatura e autovigilância de sintomas, como dor no corpo, dor anorretal ou lesões cutâneas. Além do automonitoramento, a equipe de saúde deve acompanhar a paciente durante todo o tempo de isolamento. Esse monitoramento pode ser realizado por teleatendimento ou visitas domiciliares, pela equipe de saúde, conforme a capacidade da rede de saúde local, com a maior frequência possível, inclusive diariamente. Retestar se os sintomas forem persistentes.

Considerar, em caso de resultado não detectável de qPCR de MPXV de pacientes gestantes, de acordo com critérios clínico-epidemiológicos, outras patologias que podem se apresentar sob a forma de rash cutâneo acompanhado de febre, e que podem levar a desfechos graves e indesejados na gestação, como dengue, zika, chikungunya, sarampo, rubéola, parvovirose e varicela.

4.3 Escore de gravidade preconizado pela OMS

Levando em consideração os graus de maior risco, indica-se hospitalização nos casos moderados, graves e críticos. Os critérios para classificação do quadro de MPX levam em conta o número de lesões de pele, as condições da gestação, a presença de comorbidades (imunodeficiência adquirida, por exemplo), ou a presença de complicações da própria infecção pelo MPXV. O quadro abaixo, mostra a classificação de gravidade de acordo com o número de lesões de pele:

Quadro 1 - Classificação de Gravidade da Monkeypox por número de lesões de pele:

Gravidade	Número de lesões de pele
LEVE	< 25
MODERADO	25-99
GRAVE	100-250
CRÍTICO	>250

A partir desse nível, as gestantes devem ser hospitalizadas!

Fonte: BRASIL, 2022.



CENTRO ESTADUAL DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO PRIMÁRIA E POLÍTICAS DE SAÚDE

A presença de sintomas como febre e/ou vômitos persistentes, desidratação, confusão mental ou hepatomegalia são indicadores de gravidade, independentemente do número de lesões de pele, também requerem internação hospitalar. Outras condições que levam à hospitalização são as complicações diretas da infecção pelo MPX, como comprometimento ocular (uveíte, ceratite), infecções anorretais, encefalite, pneumonite ou infecção bacteriana secundária, como as celulites.

4.4 Diagnóstico diferencial

É fundamental a investigação clínica e/ou laboratorial no intuito de descartar as doenças que se enquadram como diagnóstico diferencial. Orienta-se a que as coletas de amostras sejam realizadas conforme as orientações para cada agravo a ser investigado. Essas instruções estão disponíveis em <https://cevs.rs.gov.br/lacen>

No ciclo gravídico-puerperal, considerar como diagnósticos diferenciais de alta relevância, dentro do contexto clínico-epidemiológico da paciente:

- Infecções Sexualmente Transmissíveis, como a sífilis, herpes genital, cancroide, infecção gonocócica disseminada, linfogranuloma venéreo;
- Doenças exantemáticas como sarampo, rubéola, infecções por parvovírus;
- Varicela-zoster, com atenção às orientações de administração da imunoglobulina anti-varicela-zoster (IGHAVZ), conforme a Nota da Vigilância Epidemiológica da Varicela, publicada pela SES em 2022.
- Arboviroses como dengue, doença aguda causada pelo Zika virus e Febre de Chikungunya.

No caso das gestantes é importante a realização do teste rápido de sífilis no momento da avaliação. Demais exames para diagnóstico diferencial deverão ser realizados pela rede de laboratórios próprios ou conveniados dos municípios. Ao LACEN, devem ser enviados os exames para diagnóstico das doenças de notificação compulsória, como MPX, dengue, zika, chikungunya, sarampo e rubéola. Se houver a suspeição ou a confirmação de MPX ativa no momento do parto, pode-se considerar a coleta de amostras de sangue de cordão umbilical, fragmentos de placenta e/ou de líquido amniótico para realização do qPCR de MPXV.

5. Isolamento

Em caso de **suspeita da doença**, deve ser realizado o **isolamento imediato** da gestante. O isolamento só deverá ser **encerrado** ao **desaparecimento completo das lesões ou remissão completa dos sintomas, caso não haja lesões de pele**. As gestantes classificadas com gravidade leve (<25 lesões de pele) podem realizar o isolamento no seu domicílio.

A gestante deve ser isolada em uma sala ou área separada dos outros membros da família e animais de estimação. Isto é particularmente importante para pessoas com lesões extensas que não



podem ser facilmente cobertas (excluindo lesões faciais) e àquelas com sintomas respiratórios. Caso o isolamento total da gestante no domicílio não seja possível, é importante que a equipe de saúde reforce as orientações de prevenção: Se houver necessidade de proximidade com outras pessoas, as lesões de pele devem ser cobertas (por exemplo, com mangas compridas, calças compridas) para minimizar o risco de contato com as lesões de pele/mucosa e a máscara facial deve ser utilizada pela gestante e contactantes. Além disso, também deve ser feito o monitoramento dos contactantes.

6. Acompanhamento pré-natal e parto

Durante o período de isolamento domiciliar das gestantes com sinais e sintomas suspeitos de MPX e/ou com teste MPX positivo, classificadas com gravidade leve (<25 lesões de pele), o acompanhamento pré-natal deve seguir sendo realizado, presencialmente, na unidade de saúde da APS, com as medidas de precaução necessárias. O acompanhamento da evolução da MPX pode ser realizado via telefone e/ou chamada de vídeo, com a maior frequência possível, inclusive diariamente.

É importante monitorar a temperatura corporal, a evolução das lesões cutâneas (máculas, pápulas, vesículas, pústulas, crostas), nível de dor nas lesões, perdas vaginais (líquidos ou sangue), movimentação fetal, sinais de hipertensão gestacional (cefaléia, alterações visuais, edema) e sinais de trabalho de parto prematuro (contrações).

Orienta-se manter as consultas de pré-natal na unidade de saúde com a utilização de equipamentos de proteção individual (EPI) por todos os profissionais de saúde que interagem com gestantes com suspeita ou confirmação da doença. Deve-se utilizar: avental, luvas, proteção para os olhos (óculos ou proteção facial) e máscara facial N95/PPF2 ou equivalente. Esta combinação de EPI reflete as precauções de contato (avental e luvas), precauções contra gotículas (proteção para os olhos) e proteção respiratória contra transmissão pelo ar.

Embora não haja evidência epidemiológica, até o momento, de que a MPX seja transmitida por via aérea, neste momento é recomendado o uso de proteção respiratória. Atenção especial deve ser dada à retirada (remoção) do EPI, sendo realizado na ordem correta e de maneira a reduzir o risco de autocontaminação e contaminação cruzada. Importante realizar higienização do ambiente e utensílios utilizados na gestante imediatamente após a consulta e utilizar lençol descartável na maca, conforme a nota da ANVISA. Sugere-se que seja, preferencialmente, agendado o atendimento da gestante na unidade e que ela não precise aguardar em sala de espera.

Sobre o momento e a via de parto em gestantes com MPXV, nos casos de quadros leves e autolimitados, não há indicação de antecipação do parto e, nos casos graves ou com comprometimento fetal, deve-se avaliar a idade gestacional e o peso fetal estimado para considerar o parto. A via de parto deve ser avaliada caso a caso conforme a localização das lesões de cada gestante, com base nas indicações obstétricas e na decisão da paciente. É provável que a transmissão transplacentária seja possível, podendo a criança já estar infectada antes do nascimento, portanto, a cesariana não apresentaria benefícios.

Nos casos em que a paciente apresenta lesões genitais, pode acarretar maior risco de infecção neonatal através do contato no canal de parto. Nesta situação, a cesariana está indicada. Em casos assintomáticos, a via de parto deve obedecer critérios obstétricos.



CENTRO ESTADUAL DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO PRIMÁRIA E POLÍTICAS DE SAÚDE

Nos casos de resolução da gestação em fetos prematuros, deve-se considerar o uso de corticoide e sulfato de magnésio, seguindo os protocolos para situações de prematuridade. Recomenda-se que deve-se aguardar no mínimo 30 segundos antes de clampar o cordão umbilical, pois não há evidências de que este procedimento aumente a possibilidade de transmissão viral da mãe para o recém-nascido. Apesar de não haver qualquer evidência científica, é prudente não realizar estímulo tátil se o concepto apresentar lesões cutâneas ao nascer.

Durante o trabalho de parto e parto, deve-se garantir a presença do acompanhante saudável e enfatizar a importância do uso de EPI durante a permanência no hospital. Orienta-se que o acompanhante seja avaliado pela equipe sobre a presença de lesões de pele e outros sintomas relacionados à MPV antes do ingresso na sala de parto. Salienta-se que a Lei do Acompanhante (Lei nº 11.108/2005) deve ser cumprida em todos os casos, com o cuidado de que o acompanhante escolhido pela gestante não esteja com sintomas da doença. Não há indicação de testagem de acompanhantes, visto que o acesso será possibilitado a pessoas assintomáticas saudáveis, protegidas por meio de EPIs.

7. Avaliação Fetal

Sabe-se que o vírus pode atravessar a placenta e atingir o feto, levando à MPX congênita. Assim como em outras infecções virais, pode aumentar o risco de abortamento, óbito fetal, prematuridade e outras alterações ligadas ao acometimento fetal. No entanto, ainda não há como quantificar esses riscos. Ainda assim, cuidados redobrados com a gestante e o feto são recomendados diante da suspeita ou confirmação da infecção, até que dados mais robustos estejam disponíveis.

Na vigência de infecção aguda, a supervisão fetal vai depender da idade gestacional. No primeiro trimestre, recomenda-se avaliação ultrassonográfica para análise da viabilidade da gestação. Nos casos moderados, graves e críticos no segundo trimestre, sugere-se ultrassonografia detalhada com biometria, avaliação anatômica cuidadosa e quantificação do líquido amniótico. No terceiro trimestre, quando disponível, pode-se associar perfil biofísico fetal e a Dopplerfluxometria para complementar a avaliação do bem-estar fetal. Após a 26ª semana, ainda é recomendada a cardiotocografia nos casos moderados, graves e críticos.

Após a resolução da infecção, o risco para o feto é baixo. Ainda assim, deve-se realizar ultrassonografia a cada 4 semanas para avaliação de crescimento e do bem-estar fetal. Seguintes individualizados podem ser necessários se houver evidência de hepatomegalia ou hidropsia fetal.

A sensibilidade para detecção molecular do vírus no líquido amniótico é desconhecida. Pela analogia com outras infecções virais, supõe-se que o vírus possa ser encontrado no líquido amniótico a partir de 18 a 21 semanas de gestação. A indicação de amniocentese, até o momento, não é rotineira, ficando reservada a casos específicos ou cenários de pesquisa clínica.

8. Amamentação e cuidados com RN em mulheres com MPX ativa/suspeita de MPX durante o parto



CENTRO ESTADUAL DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO PRIMÁRIA E POLÍTICAS DE SAÚDE

Ainda não se tem muitas informações sobre o cuidado de recém-nascidos de mulheres com MPX no momento do parto e as recomendações do Ministério da Saúde se baseiam no conhecimento de que o vírus pode ser transmitido ao recém-nascido por contato próximo durante ou após o parto e de que a doença pode ter evolução severa em neonatos.

Uma vez que a melhor estratégia para impedir o contágio do RN é evitar o contato direto com a mãe, as seguintes normas devem ser seguidas em instituições de assistência ao parto.

- Desaconselhar o contato pele a pele entre a mãe e o RN, não posicionando o RN sobre a mãe após o parto;
- Fazer exame macroscópico do RN imediatamente após o nascimento;
- Banhar o RN; se ele necessitar de qualquer procedimento que envolva punção da pele, o banho deve ser realizado antes do procedimento;
- Coletar swab de orofaringe de RNs assintomáticos;
- Coletar swab de eventuais lesões cutâneas do RN;
- Informar à mulher sobre os riscos da infecção e da necessidade de manter mãe e filho em quartos separados durante a fase de isolamento materno;
- As precauções devem ser mantidas até que os critérios para encerrar o isolamento tenham sido alcançados: resolução de todas as lesões, queda das crostas e formação de uma nova camada de pele;
- Quando a testagem do RN tiver sido realizada e o resultado for positivo, pode se cancelar o isolamento e permitir a permanência da mãe com o bebê;
- Sempre que possível, deve-se localizar, entre os familiares/responsáveis, pessoas que possam assumir os cuidados diários do RN no hospital, para reduzir a sobrecarga dos leitos de cuidados neonatais intermediários;
- Possibilitar o contato visual da mãe com o RN ainda na sala de parto, e, após, no período de isolamento.
- Eventualmente, se não for possível manter a mãe e o RN em quartos separados, ou para promover o vínculo entre a mãe e o RN, conforme avaliação de risco-benefício pela equipe de saúde, precauções estritas devem ser seguidas durante o contato mãe-filho:
 - o RN deve estar totalmente vestido ou envolto por um mais de um lençol ou cobertor. Após o contato, a roupa ou cobertor deve ser imediatamente substituídos;
 - a mãe deve usar luvas e avental, deixando coberta toda área de pele abaixo do pescoço; e
 - a mãe deve usar uma máscara cirúrgica bem ajustada à face.
- O momento da alta deve ser ajustado considerando o tempo de isolamento materno, a capacidade de aderir às recomendações para evitar o contágio do RN e a disponibilidade de pessoas para auxiliar no cuidado do recém-nascido.
- Deve ser feita referência para a equipe de APS que deve iniciar o acompanhamento à família por teleatendimento, visitas domiciliares e consultas puerperais e de puericultura. A equipe



CENTRO ESTADUAL DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO PRIMÁRIA E POLÍTICAS DE SAÚDE

deve estar atenta que, devido às intercorrências da infecção da mãe e possível de seu bebê ela deve necessitar de maior apoio e orientação.

- **A Organização Mundial de Saúde (OMS) tem o posicionamento contrário à amamentação até a cicatrização completa das lesões ou remissão completa dos sintomas. No entanto, não devem ser realizadas medidas de inibição da lactação, oferecendo-se inclusive o suporte necessário para a relactação.**

9. Tratamento

O tratamento para casos leves, sem complicações, está baseado em medidas de suporte com o objetivo de aliviar sintomas, prevenir e tratar complicações, evitando sequelas. Os sintomas geralmente desaparecem espontaneamente. Na maioria das vezes, só há indicação de uso de tratamento sintomático para febre e dor, como o uso de Dipirona e Paracetamol, evitando-se o ácido acetilsalicílico.

É importante cuidar das erupções cutâneas deixando-as secar ou cobrindo com um curativo úmido para proteger a área, se necessário. Deve-se evitar tocar em feridas na boca ou nos olhos. Na maior parte dos casos, a Monkeypox evolui sem gravidade, mas algumas complicações, como a infecção bacteriana secundária das lesões podem acontecer. É importante ficar atento a situações que possam indicar essas complicações, tais como a persistência da febre nos casos em que este sinal está presente.

Para os casos graves, o Ministério da Saúde disponibiliza o antiviral Tecovirimat, para uso compassivo, em casos de pacientes internados apresentando complicações como lesões oculares, encefalite ou pneumonite. Os critérios de elegibilidade estão descritos no Plano de Contingência Nacional de Monkeypox, publicado pelo Ministério da Saúde, disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/svs/resposta-a-emergencias/coes/monkeypox/plano-de-contingencia/plano-de-contingencia>.

10. Medidas de prevenção

Considerando o rápido aumento do número de casos de MPX no Brasil e no mundo, associado à transmissão por contato direto e, eventualmente, por via aérea, recomenda-se que as gestantes, puérperas e lactantes:

- Mantenham uso de máscaras, principalmente em ambientes com indivíduos potencialmente contaminados com o vírus;
- Mantenham higienização frequente das mãos com água e sabão ou uso de álcool gel 70%;
- Não tenham contato com pessoas que apresentem sintomas suspeitos como febre e lesões de pele-mucosa (erupção cutânea, que habitualmente afeta o rosto e as extremidades e evolui de máculas para pápulas, vesículas, pústulas e posteriormente crostas);
- Usem preservativo em todos os tipos de relações sexuais (oral, vaginal, anal). Apesar de a MPX não ser considerada uma IST, o uso de preservativo irá prevenir outros tipos de infecções. Estejam alertas para observar se sua parceria sexual apresenta alguma lesão na área genital e, se presente, não tenham contato;



CENTRO ESTADUAL DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO PRIMÁRIA E POLÍTICAS DE SAÚDE

- Procurem assistência médica, caso apresentem algum sintoma suspeito, para que se estabeleça diagnóstico clínico e, eventualmente, laboratorial.

Dentro do conhecimento disponível até o momento, os profissionais de saúde devem saber que:

- As gestantes devem ficar em isolamento domiciliar com acompanhamento pela equipe assistencial, em caso de doença com quadro clínico leve;
- As pacientes com casos de maior gravidade devem ser acompanhadas em regime de internação hospitalar;
- Não há ainda protocolo de tratamento específico com antivirais no ciclo gravídico-puerperal;
- O monitoramento da vitalidade fetal deve ser cuidadoso nas pacientes com a doença moderada, grave ou crítica, em vista da constatação de maior morbimortalidade do conceito nestes casos;
- A via e o momento do parto têm indicação obstétrica e a cesárea como rotina não está indicada nestes casos.

Para acompanhar a atualização das informações sobre o número de casos da Monkeypox registrados no mundo, acesse: <https://www.cdc.gov/poxvirus/monkeypox/response/2022/world-map.html> ou <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/svs/resposta-a-emergencias/sala-de-situacao-de-saude/sala-de-situacao-de-monkeypox/atualizacao-dos-casos-no-brasil>

Para orientações referentes à notificação de casos, coleta de amostras e demais informações consultar a Nota Informativa CEVS/DAPPS nº02/2022, disponível em <https://www.cevs.rs.gov.br/upload/arquivos/202208/08120309-nota-informativa-conjunta-cevs-dapps-03-08-2022-monkeypox.pdf>



CENTRO ESTADUAL DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO PRIMÁRIA E POLÍTICAS DE SAÚDE

Referências:

BRASIL. Lei n. 11.108, de 7 de abril de 2005. Altera a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde [Internet]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11108.htm.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Nota Técnica nº03/2022. **Orientações para prevenção e controle da monkeypox nos serviços de saúde.** ANVISA. Brasília, 31 mai 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária em Saúde. **Nota Informativa nº06/2022. Orientações às equipes que atuam na Atenção Primária à Saúde acerca da doença Monkeypox (MPX).** Ministério da Saúde. Brasília, 06 jun 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária em Saúde. **Nota Técnica nº46/2022. Recomendações sobre Monkeypox no ciclo gravídico-puerperal.** Ministério da Saúde. Brasília, 06 jun 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Informes da Sala de Situação da Monkeypox.** Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/svs/resposta-a-emergencias/sala-de-situacao-de-saude/sala-de-situacao-de-monkeypox/publicacoes> Acesso em 30 de maio de 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Nota Técnica nº21/2022. Orientações à RENAST e demais interessados sobre as ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador nos casos de Monkeypox.** Ministério da Saúde. Brasília, 27 jul 2022.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. **Monkeypox.** Disponível em: <https://www.cdc.gov/poxvirus/monkeypox/index.html> Acesso em: 21 de junho de 2022.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. **2022 Monkeypox Outbreak Global Map.** Disponível em: <https://www.cdc.gov/poxvirus/monkeypox/response/2022/world-map.html> Acesso em: 04 de agosto de 2022.

RIO GRANDE DO SUL. SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE. CENTRO ESTADUAL DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE. DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO PRIMÁRIA E POLÍTICAS DE SAÚDE. **Nota Técnica nº03/2022. Orientações para vigilância epidemiológica da monkeypox.** Secretaria Estadual de Saúde. Porto Alegre, 21 jun 2022.

TITANJI B.K. et al. **A Contemporary Review for Healthcare Professionals.** Open Forum Infectious Diseases. Disponível em <https://academic.oup.com/ofid/article/9/7/ofac310/6615388?login=false> Acesso em 04 ago 2022.



CENTRO ESTADUAL DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO PRIMÁRIA E POLÍTICAS DE SAÚDE

Fluxograma: Rastreamento e monitoramento de gestantes expostas ao Monkeypox.

